Prévention Tribune

The World's Prevention Newspaper · Édition Française

AOÛT/SEPTEMBRE 2013 – Vol. 5, No. 8+9 www.dental-tribune.fr

ACTUS PRODUITS

Pour tout connaître sur les dernières innovations dans le domaine de l'hygiène buccodentaire, la stérilisation...Nos industriels rivalisent de créativité pour toujours plus de sécurité, d'écologie et de prévention. Retrouvez les nouveautés du moment.

▸ Pages 38 & 39 & 44

POSTER

La santé orale des résidents en établissements constitue un enjeu de santé publique par ses retentissements sur l'état de santé général. Notre future consœur a obtenu le premier prix des posters lors des JDN .Jugez vous même.

▸ Page 42

POSTER

On déplore une recrudescence importante de la syphilis. Le dentiste peut être est en première ligne du dépistage. Apprenez à le reconnaître et le traiter efficacement Notre futur confrère a obtenu le deuxième prix des posters lors des JDN.

▸ Page 46

Enquête sur l'endocardite...



Suite à l'article du Dr Berdah, paru dans Dental Tribune de janvier 2013 relatif aux nouvelles recommandations pour l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse, il nous apparaît intéressant de publier ici les résultats d'une enquête réalisée par l'AEPEI et l'UFSBD sur les pratiques professionnelles vis-à-vis de ces recommandations. Avant toute intervention bucco-dentaire invasive, le praticien doit se livrer à une prophylaxie antibiotique pour les patients à haut risque d'EI. L'enquête avait pour objet d'évaluer les connaissances et l'application des recommandations faites aux chirurgiens-dentistes. L'enquête démontre que, si les praticiens sont conscients de ces recommandations (59 % disent en avoir une bonne ou très bonne connaissance), seuls 13 % d'entre eux savent apprécier le risque d'EI chez leurs patients cardiopathes. Et seuls 3 % des chirurgiens-dentistes interrogés reconnaissent la faisabilité des gestes bucco-dentaires chez un patient à risque d'EI, lors des trois étapes de prise en charge : évaluation, prévention, surveillance. 41% des praticiens reconnaissent avoir une connaissance insuffisante ou moyenne des recommandations de prévention et de suivi. L'AEPEI et l'UFSBD en tire une double conclusion, d'une part l'actualisation de la formation des praticiens sur cette problématique est nécessaire, et d'autre part sur la nécessité d'établir des indicateurs d'efficacité des stratégies de prévention actuelles, en croisant les informations sur le suivi des bonnes pratiques transmises et des études épidémiologiques sur la prévalence de l'endocardite infectieuse. Prochainement une enquête similaire sera initiée par l'AEPEI auprès des cardiologues. Dès à présent l'UFSBD donne un accès facilité aux recommandations à travers une série de fiches téléchargeables sur son site internet www.dentistepro.fr et propose des formations sous un format pédagogie DPC pour la prise en charge des patients à risques (inscriptions : www.dentistepro.fr/formation). Vous pouvez aussi vous référer au tableau de synthèse sur DTF janvier 2013, page 14 et dans tous les cas vous mettre en rapport avec le cardiologue de votre patient.

Les posters s'affichent...

Lors des journées dentaires de Nice de juin 2013, huit posters cliniques, tous d'une grande qualité, se sont confrontés face à un jury. Avec le soutien financier de Colgate-Gaba, trois posters se sont vus décerner les étudiante en odontologie, CHU Rouen. Ensuite, le 2ème prix d'une valeur de 1200 € pour : « Recrudescence de la syphilis. Diagnostic à partir de lésions buccales », a été décerné à N.Touret. Enfin, le 3ème prix d'une va-



prix : Sur la plus haute marche du podium, le 1er prix d'une valeur de 1500 € pour : « La santé orale est-elle un facteur prédictif de la dénutrition de la personne âgée institutionnalisée », a été attribué à Melle S.Pequignot, leur de 800 € pour : « Traitement occluso-esthétique par technique de stratification de résine composite », a été octroyé à M. MP Gandjizadeh. Dental Tribune, tout au long de l'année, vous présentera le fruit de leur travail.

Clavier dalle de verre Corning Gorilla 2

Cleankeys

Compatible: Mac, Windows, Linux et Unix

La nouvelle gamme de claviers aseptiques Cleankeys est équipée du célèbre verre Corning Gorilla 2 utilisé par Apple. Ce nouveau verre est bien plus résistant aux chocs et aux rayures qu'un verre traditionnel. Le confort et la vitesse de frappe ont aussi été améliorés en utilisant un verre plus fin et une encre conductrice. Les deux nouveaux modèles de la gamme Cleankeys sont désormais pourvus du logiciel CleanSweep. CleanSweep, intégré au clavier est un logiciel de contrôle des infections: il permet de connaitre à tout moment le degré d'utilisation du clavier et de vérifier que le clavier a bien été nettoyé grâce à un détecteur de chaleur. Le logiciel CleanSweep aide à avoir un meilleur contrôle de l'asepsie de l'environnement de travail. Pavé numérique: intégré. Sensibilité : 5 niveaux de réglages - Fonctionne avec gants chirurgicaux. Contrôle sonore : 6 niveaux de réglages. Frappe : Système Touch Tap pour une frappe plus intuitive. Fonction pause pour nettoyage ou désinfection. Certifications: IC, FCC, CE, RCM, IP65. En option: Souris Cleankeys sans fil avec station de recharge ou filaire.



S_teryl

Saratoga

un ordonnancement ergonomique et rigoureux : « marche en avant »

Une solution complète pour évacuer déchets et dispositifs médicaux en toute sécurité : S_teryl: une gamme complète de mobilier pour les salles de stérilisation, répondant aussi bien que possible aux enjeux du contrôle du risque infectieux en odontologie.



Saratoga a identifié et analysé les besoins en ce qui concerne le traitement des dispositifs médicaux et propose des solutions cohérentes en terme d'aménagement des locaux dédiés : Chaine de recirculation des DM réutilisables, comme : éviers de grande dimension, cuves à ultra-sons, thermodésinfecteurs, soudeuses, autoclaves, écrans, imprimantes. Modules séparés et intégrables, adaptés soit à la gestion de tous les types de déchets et à la décontamination, soit au lavage des mains, ou encore au stockage des instruments, avec traçabilité. Profonds plans de travail adaptés à la position « debout » et accessoirisés par des tablettes coulissantes permettant d'optimiser les espaces restreints. Tous ces meubles de « stérilisation » sont conçus dans des matériaux évitant toute prolifération bactérienne : Acier, Inox, Résine de synthèse chargée. Saratoga propose donc avec la gamme S_teryl une modularité très variée et très poussée permettant de s'adapter à tout type d'exercice ainsi qu'aux contraintes inhérentes à l'espace à aménager.

Adaptateurs laveurs-désinfecteurs

Dental Hi Tec

Le petit adaptateur qui fait la grande différence

Les chirurgiens dentistes peuvent désormais simplifier leur cycle de nettoyage grâce aux nouveaux adaptateurs laveurs-désinfecteurs conçus pour les containers QuickSleeper S4. Compatibles avec de nombreuses marques (Miele, Smeg, Steelco...), il suffit désormais de placer les containers métalliques dans le laveur-désinfecteur à l'aide de ces adaptateurs pour un nettoyage intérieur/extérieur simple et rapide, et un séchage complet. Découvrez la démonstration de lavage sur www.dentalhitec.com/thermolaveurs.



Une erreur s'est glissée dans notre numéro du mois de juin dans l'article sur la CFAO du Dr Maxime Jaisson. Nous présentons toutes nos excuses à l'auteur et à la société Carestream.



Fig. 3 : Flux numérique conduisant à la conception de restaurations prothétiques. Le scanner cône-beam CS 9300 ou CS 9000 de Carestream est utilisé pour produire les modèles virtuels des arcades dentaires (Photos : CARESTREAM).

Peak Universal Bond FLACON

Ultradent

le seul adhésif à garder dans le tiroir ?

PEAK UNIVERSAL BOND est l'adhésif indispensable au cabinet. Doté d'une nouvelle chimie bio-sélective, il s'adapte à toutes les situations cliniques quel que soit le substrat : dentine, émail, porcelaine, métal, et aussi zircone. Il est idéal pour les restaurations directes et indirectes, mais également pour les reconstitutions de faux moignons sur tenons. Il peut être utilisé aussi bien après un mordançage classique à l'acide phosphorique comme Ultra-Etch qu'avec le Primer PEAK SE lorsqu'il existe de forts risques de sensibilités ou lorsque la dentine demeure trop humide. Pour augmenter la longévité de l'adhésion, le nouvel adhésif d'Ultradent à chimie bio-sélective intègre 0,2 % de Chlorhexidine. Ce pourcentage est significatif pour la protection de la couche hybride, et permet d'accroitre fortement les valeurs d'adhésion dans le temps. L'action de la Chlorhexidine a été démontrée et validée dans de nombreuses études.







Système WL

Komet France

Clean-Cid-Dry ou Nettoyez-Désinfectez-Séchez avant stérilisation...

La contamination bactérienne et virale des PID (Porte-Instruments Dynamiques) est avérée mais leur retraitement par immersion reste inapproprié (même dans un passage aux ultrasons) aussi bien en ce qui concerne leur pré-désinfection que leur nettoyage. Il convient alors dans la procédure de retraitement de ces instruments de préférer une étape de nettoyage visant un « objectif quantifié de propreté » (comme c'est déjà le cas en Allemagne afin de valider que le processus de retraitement des PID atteigne un objectif acceptable). Cette étape alternative au protocole par immersion est valable à la seule condition que l'instrument soit retraité immédiatement après son utilisation. Komet France propose le système WL, premier système manuel de nettoyage, de désinfection et de séchage des PID avant lubrification et stérilisation. Les phases de nettoyage et de désinfection se font avec des solutions bien distinctes afin d'éviter de fixer les protéines. Le PID ainsi correctement nettoyé et désinfecté est aussi séché afin de garantir une parfaite stérilisation. La mise en œuvre ne nécessite que 4 minutes au total avant le passage à l'autoclave.

bluem

Thommen Medical

Le meilleur instrument de maintenance des implants et des dents naturelles

Des produits de maintenance pour assurer la bonne santé des dents et des implants et prévenir les péri-implantites : dentifrices, bain de bouche et gel buccal à l'oxygène naturel.



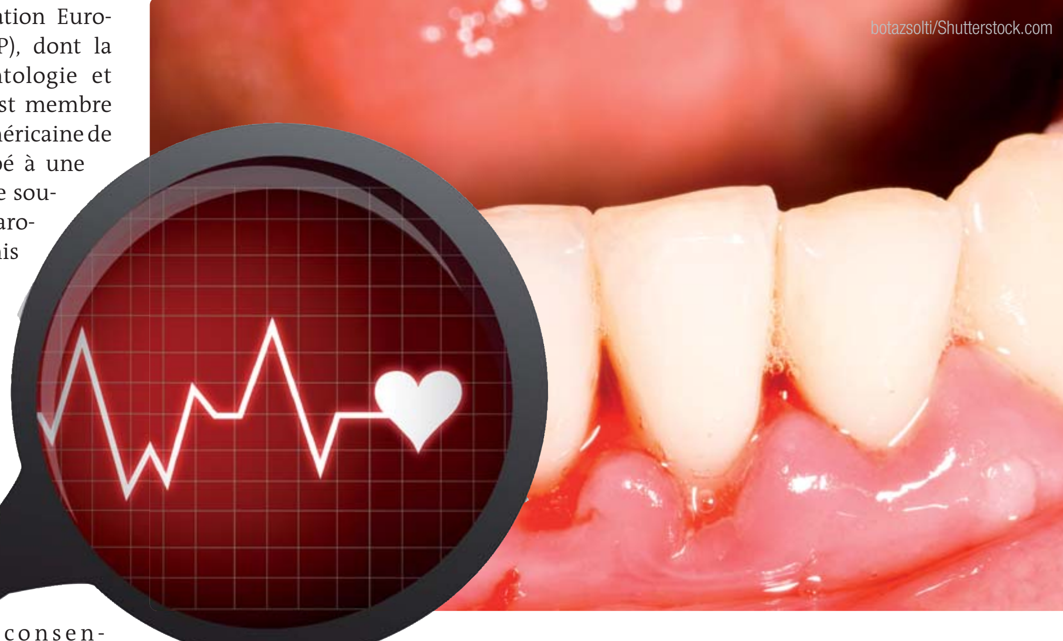
- Formulation unique, haute concentration d'oxygène naturel
- Protection optimale pour les dents et les implants
- Elimination radicale des bactéries
- Diminution efficace des poches
- Soin optimal des gencives
- Puissant soin de l'haleine
- Amélioration du système immunitaire
- Prévention et traitement des maladies parodontales et des péri-implantites.

Plus de détails sur bluemcare.com et dans la boutique dentalespace.com

Un nouveau rapport confirme les relations systémie-parodontie et propose des recommandations cliniques

Dr Jean Marc Dersot

En novembre 2012, la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP), dont la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO) est membre fondatrice a invité l'Académie Américaine de Parodontologie (AAP) a participé à une conférence de consensus. Avec le soutien de Colgate-Palmolive, 70 parodontistes mondiaux se sont réunis à Ségovie (Espagne) et une série de rapports de consensus viennent de sortir qui analysent les preuves scientifiques reliant la maladie parodontale, en particulier la parodontite, à d'autres maladies systémiques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et certaines complications de la grossesse. Ces rapports de consensus, qui paraissent à la fois dans le Journal of Periodontology (USA) et le Journal of Clinical Periodontology (UE), décrivent également des recommandations pour les praticiens lors du traitement des patients à risque.



Les conclusions sont les suivantes:

- Il existe des preuves épidémiologiques solides qui permettent d'affirmer que la parodontite constitue un risque accru de développer une maladie cardiovasculaire à l'avenir. Les professionnels de santé doivent informer leurs patients atteint d'hypertension, mais aussi d'obésité et les patients qui fument. Le traitement de la parodontite chez les patients ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire doit suivre les directives de l'American Heart Association (AHA).
- Il y a une association indépendante entre la parodontite modérée à sévère et un risque accru pour le développement ou la progression du diabète. Les traitements des parodontites peuvent exercer des effets bénéfiques sur les constantes et les médicaments utilisés dans le traitement du diabète chez certains patients. Enfin, des examens parodontaux réguliers devraient faire partie systématiquement des programmes de gestion du diabète.
- Alors que certaines études suggèrent une association entre la parodontite modérée et des complications de la grossesse (accouchement prématuré, enfants hypotrophes), il y a actuellement une insuffisance de preuves qui permet d'affirmer qu'un traitement parodontal peut être recommandé comme un moyen de réduire les complications de la grossesse. Réaliser un traitement parodontal sur une femme enceinte ne pose pas de problèmes particuliers et il entraînera une amélioration de la santé parodontale, mais les professionnels dentaires sont invités à se conformer aux directives générales obstétricales qui suggèrent que des interventions non urgentes doivent être évitées au cours du premier trimestre.
- Les données actuelles indiquent une relation entre la parodontite ou d'autres maladies systémiques, y compris les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la pneumonie, la maladie rénale chronique, la polyarthrite rhumatoïde, des troubles cognitifs, de l'obésité, le syndrome métabolique et le cancer. Toutefois, des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre ces associations.

Le consensus rapporte également des recommandations pour la recherche future, comme des études cliniques bien conçues et des essais cliniques randomisés, afin d'améliorer la compréhension de l'impact de la parodontite et du traitement parodontal sur la santé globale.

Puisque près de la moitié des adultes français et américains ont une parodontite, il est impératif que les patients soient informés du risque accru de maladie systémique. Ces rapports de consensus offrent la possibilité de promouvoir l'importance de la santé parodontale dans le maintien de la santé globale à une large échelle. Tous les praticiens ont donc une responsabilité dans la gestion de la santé parodontale de leurs patients et dans la sensibilisation à l'importance de la santé parodontale comme un élément fondamental de la qualité de vie.

Pour plus d'informations:
www.perio.org ou
www.perioworkshop.efp.org
Les rapports complets de consensus sont disponibles gratuitement
www.joponline.org/toc/jop/84/4-s

Un dépistage possible du cancer de l'oropharynx ?

Une nouvelle étude met en évidence un lien entre la présence d'anticorps anti-HPV 16 dans le sang et le risque de développer ultérieurement un cancer de l'oropharynx. Ainsi, un dépistage précoce de ces anticorps contre les papillomavirus pourrait aider à détecter le cancer de l'oropharynx des années avant qu'il ne se manifeste.

D'après une étude publiée par le Centre International de recherche sur le Cancer (CIRC) de l'OMS à Lyon en collaboration avec le Centre allemand de recherche Cancer (DKFZ) et l'United States National Cancer Institute (NCI), la présence d'anticorps anti-HPV 16 dans la circulation sanguine serait liée à un risque élevé de développer ultérieurement un cancer de l'oropharynx.

Ce travail est issu de l'Etude Prospective européenne sur le cancer et la nutrition (EPIC) qui se déroule depuis le début des années 90 et se base sur 500 000 Européens dans 10 pays. 137 participants ont développé un cancer de l'oropharynx dont un tiers présentait des anticorps anti-HPV 16 E6 dans le sang jusqu'à 12 ans avant le diagnostic de la maladie.

Les facteurs de risque connus du cancer de l'oropharynx sont une consommation régulière de tabac et/ou d'alcool. On peut ajouter une infection par un papillomavirus (HPV), le plus souvent de type 16, déjà impliqué dans la majorité des cas de cancer du col de l'utérus. Dans ce cas, certaines pratiques sexuelles – la fellation et le cunnilingus notamment – seraient alors en cause.

« Dans un contexte où le nombre de cas de cancers de ce type augmente, ce constat est très important », a déclaré le Dr Christopher Wild, Directeur du CIRC. Les résultats s'avèrent motivants « nous n'avions pas de marqueurs disponibles pour un dépistage précoce de cette affection. Jusqu'à ce jour, nous ignorions si ces anticorps étaient présents dans le sang avant que le cancer soit cliniquement détectable. Si ces résultats sont confirmés, des outils de dépistage pourraient être ainsi développés » a expliqué le Dr Paul Brennan, chef de la Section de la génétique au CIRC et l'auteur principal de l'étude.



L'apparition du cancer de la bouche a augmenté dans de nombreuses régions du monde.Elle pourrait être en relation avec le VPH.

L'équipe de chercheurs a également constaté que les personnes atteintes d'un cancer de l'oropharynx sur lesquelles on avait diagnostiqué préalablement des anticorps anti-HPV 16 dans le sang auraient trois fois plus de chances d'être vivantes cinq ans après que le cancer se soit manifesté.

L'article a été publié le 17 juin dans la revue Journal of Clinical Oncology.



Prévention des infections liées aux soins

La pré-désinfection des instruments

Fig 1 : Immergez tous les dispositifs utilisés en bouche dès la fin de leur utilisation dans un bac d'une taille suffisante contenant une solution détergente/désinfectante exempte d'aldéhydes.
ASTUCES : suivez les consignes du fabricant, la qualité de la solution (dilution, date de péremption du produit) et le temps de trempage sont indispensables pour une action optimale.

Fig 2 : L'action des ultrasons ne fait que décoller les matières fixées sur les instruments. Pour avoir une action optimale, la température de l'eau de la cuve se situera entre 30 et 45°C.
ASTUCES : Ne pas trop charger la cuve
Utiliser un panier métallique à distance du fond du bac

Nettoyage des zones d'examen et de soins

Les surfaces à proximité de l'équipement sont contaminées lors des soins. Elles peuvent servir de réservoir à des micro-organismes responsables des contaminations croisées.

Fig 3/5 : Nettoyage entre chaque patient
Fig 4 : Nettoyage des tiroirs hebdomadairement.
Fig 6 : Nettoyage du sol quotidiennement

Entretien de l'aspiration chirurgicale

Fig 7/8/9 : L'aspiration chirurgicale est un lieu particulièrement propice au développement des micro-organismes. Toutes les parties de l'aspiration doivent être régulièrement nettoyées et désinfectées.



1er prix décerné lors des Journées Dentaires de Nice



LA SANTE ORALE EST-ELLE UN FACTEUR PREDICTIF DE LA DENUTRITION DE LA PERSONNE AGEE INSTITUTIONNALISEE ?

PEQUIGNOT S[1], CROZE J[2], MOIZAN H[2]

(1) Etudiante en odontologie, Hôpital Saint Julien, CHU Rouen, 76031 Rouen, France
(2) Odontologiste des hôpitaux, Hôpital Saint Julien, CHU Rouen, 76031 Rouen, France
sophie.pequignot@yahoo.fr



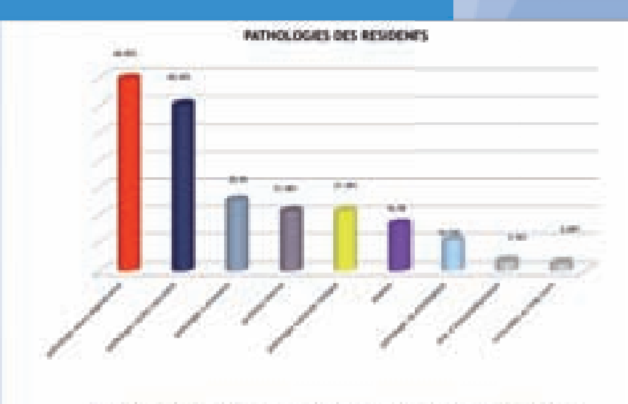
Introduction

- L'amélioration de l'état nutritionnel de la population âgée constitue en ce début du 21ième siècle un enjeu majeur de santé publique.
- La littérature relate qu'un état nutritionnel satisfaisant est un facteur essentiel de la santé générale.
- Si de nombreuses études récentes attestent d'un état de santé bucco-dentaire très dégradé chez les personnes âgées institutionnalisées, cette santé orale peut-elle pour autant être un facteur prédictif d'un état de dénutrition ?

Matériels et méthodes

- Nous avons évalué l'état de santé bucco-dentaire de 150 résidents âgés institutionnalisés sur trois établissements du CHU de Rouen, dont deux EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes) et une USLD (Unité de Soins de Longue Durée).
- L'objectif de l'étude était de savoir si l'état bucco-dentaire de la population étudiée avait un impact sur l'état nutritionnel.
- Un questionnaire élaboré en concertation avec les médecins gériatres a permis le recueil de tous les autres paramètres (antécédents médicaux, degré d'autonomie de la personne avec niveau GIR [Groupes Iso Ressources] et diagnostic éventuel de dénutrition avec son degré de sévérité). Un traitement informatique des données a été réalisé avec le logiciel ETHNOS 4.5® et le logiciel Excel®.

Résultats



Répartition des résidents par pathologie

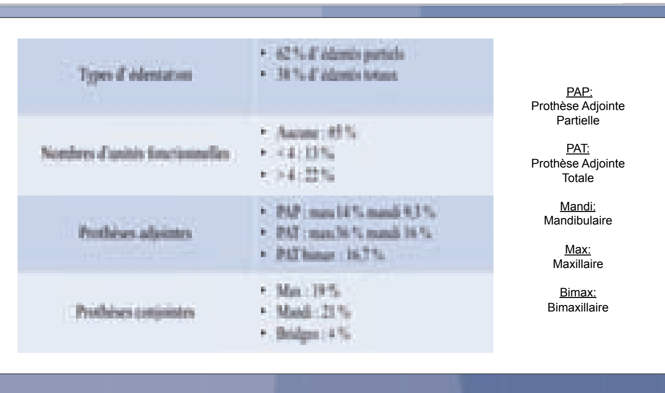


	Effectifs	%
ui	48	33,10%
on	97	66,90%
Total	145	100,00%

Répartition des résidents selon les besoins prothétiques des édentés totaux

	Effectifs	%
Aucune	94	64,83%
Moins de 4	19	13,10%
Plus de 4	32	22,07%
Total	145	100,00%

Répartition des résidents selon les nombres d'unités fonctionnelles



Types d'édentation	• 62 % d'édentés partiels • 38 % d'édentés totaux
Nombres d'unités fonctionnelles	• Aucune : 65 % • < 4 : 13 % • > 4 : 22 %
Prothèses adjointes	• PAP : max 14 % mandi 9,5 % • PAT : max 36 % mandi 16 % • PAT bimax : 16,7 %
Prothèses conjointes	• Max : 19 % • Mandi : 21 % • Bridges : 4 %

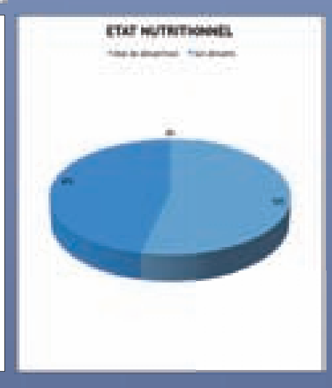
PAP: Prothèse Adjointe Partielle

PAT: Prothèse Adjointe Totale

Mandi: Mandibulaire

Max: Maxillaire

Bimax: Bimaxillaire



Besoins en	SOINS	PROTHESES
Patients dénutris sévèrement	• 39 % de détartrage • 35 % d'avulsions • 4 % soins OCE	• Proth Amo à rebaser 11 % • 1 Proth Amo à réaliser 11 % • 2 Proth Amo à réaliser 61 % • Aucune prothèse 9 %
Patients dénutris modérément	• 66 % de détartrage • 42 % d'avulsions • 9 % soins OCE	• Proth Amo à rebaser 19 % • 1 Proth Amo à réaliser 9 % • 2 Proth Amo à réaliser 42 % • Aucune prothèse 28 %

Proth Amo : Prothèse Amovible

OCE : Odontologie Conservatrice Endodontie

Conclusion

- La santé bucco-dentaire des résidents en institution et la problématique de l'accès aux soins sont des problèmes de santé publique. C'est ce que montre notre étude avec des résultats similaires aux études nationales et internationales.
- Nos recherches nous ont permis de souligner l'importance des soins bucco-dentaires des personnes âgées car ceux-ci ne sont malheureusement pas toujours prodigués par manque de temps, d'effectifs, à cause de la difficulté de l'acte en lui-même ou encore face à des patients non coopérants.
- Le constat est qu'il reste difficile de maintenir sur le long terme une hygiène dite satisfaisante.
- En réponse à notre problématique, il nous faut noter que notre étude a été ''biaisée'' par les compléments alimentaires hypercaloriques et hyperprotéinés administrés systématiquement lorsque le résident est dénutri. De ce fait, nous n'avons pas pu mettre en évidence une différence significative entre le groupe de patients dénutris et ceux non dénutris. Ainsi la corrélation entre l'état de santé orale et l'état nutritionnel ne peut être établie.

Références

- Haute Autorité de la Santé (HAS). Recommandations –Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée. [En ligne] avril 2007 Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/ (consulté le 05 décembre 2012)
- LAFORET J., BUI H., CATUSSIE E., DEVILLERS A., CORROYEZ J-M. Les personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD. Région Nord-Pas-de-Calais : Rapport de synthèse URCAM, 2006 [en ligne] Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/download/Rapport_de_synthese.pdf (consulté le 05 décembre 2012).
- LIN SJ, et *Al.* The relationship between nutritional status and physical function, admission frequency, length of hospital stay, and mortality in old people living in long-term care facilities. J Nurs. Res. 2012, 20: 110-21.
- LOPEZ-JORNET P., SAURA-PEREZ M., LLEVAT-ESPINOSA N. Effect of oral health dental state and risk of malnutrition in elderly people. 2013, Vol. 13, (1), pp. 43-9.

Cleanic

Kerr

Le maillon qui complète la gamme !



Le nouveau Cleanic sans fluor est parfumé à la menthe et présenté en tubes économiques de 100g, identiques aux autres arômes il vient compléter la gamme inspirée de la technologie Perlite qui comportait les différents goûts Menthe, Bubble Gum et Pomme verte sans goût menthe tous dosés à 0,10% de fluorure de sodium (NaF). Le nouveau Cleanic en tube sans fluor présente donc tous les avantages de la gamme Cleanic et de la technologie Perlite : Consistance idéale, RDA de faible valeur (27), pâte à polir tout-en-un pour nettoyer et polir en un seul rendez-vous. Cleanic sans fluor a été mis au point dans des indications précises :

Pour les prophylaxies précédant immédiatement la pose de restaurations (l'utilisation d'une pâte fluorée peut avoir une action négative sur certains matériaux de restauration et il n'est pas conseillé d'utiliser les agents de collage en présence de produits à base de fluor). Pour les traitements orthodontiques (nettoyage et polissage avant la pose et la dépose des brackets). Pour les patients atteints de fluorose. Pour les patients atteints de MIH (Molar Incisor Hypomineralization).

PURE SNOW 6%

ITENA

Blanc comme neige ?

ITENA élargit la gamme d'éclaircissement dentaire professionnel avec le Step-2-smile Kit Office 6% et le Kit Home 6%. La gamme comprend désormais 2 formules ambulatoires, 2 formules au fauteuil et le diffuseur thermique Pure Boost. Le Kit Office « PURE SNOW 6% Step-2-smile » permet d'effectuer 2 séances de 30 minutes au fauteuil : une séance d'ouverture et une séance de fermeture. Entre la réalisation des 2 séances, il est préconisé de réaliser un traitement ambulatoire avec un Kit Home PURE SNOW 6% afin de bénéficier d'un résultat optimal, soit : une pose de 45 min par jour pendant une durée de 8 jours. La formule de PURE SNOW est originale et unique. Elle contient du nitrate de potassium et des fluorures de sodium. Elle prévient efficacement une sensibilité éventuelle et reminéralise les cristaux d'émail. De plus, elle renforce la dent contre les agressions externes type carie. On note encore une augmentation de la luminosité et de la fluorescence de la dent. La haute viscosité du gel permet une tenue parfaite sur la surface dentaire et une imprégnation prolongée. Le pH neutre facilite la libération complète du peroxyde et garantit un confort optimal au patient. Le goût mentholé est aussi très apprécié. Pour en savoir plus sur la gamme Pure Snow et obtenir des supports de communication salle d'attente : www.itena-clinical.com ou n° vert 0800 300 314.



EludrilPERIO

Laboratoires Pierre Fabre Santé

0,2% pour un concentre d'expertise, sans alcool.

Depuis plus de 40 ans, Eludril est une gamme de bains de bouche indiquée dans le traitement local d'appoint des affections locales de la cavité buccale et lors de soins post-opératoires en odonto-stomatologie. EludrilPERIO 0,20%, solution pour bain de bouche Sa forte concentration à 0,20% de chlorhexidine (antiseptique bactéricide à large spectre d'activité sur les Gram + et à moindre degré sur les Gram -) est destinée à répondre à des besoins spécifiques en antisepsie. Sans alcool, EludrilPERIO permet d'apporter une réponse aux besoins des patients pour lesquels les bains de bouche avec alcool ne peuvent pas être prescrits (enfants, contre-indications médicamenteuses, choix religieux, sevrage alcoolique...)

Il s'agit d'une solution prête a l'emploi. Le traitement est de 7 jours, pour les adultes et enfants de plus de 6 ans. Un traitement = Un flacon. Liste non exhaustive des indications :

- parodontologie : gingivite ulcero-necrotique et parodontites agressives - gingivites et parodontites chez les patients a risques.
- chirurgie : lors d'actes chirurgicaux en pré et post-operatoire.

En pharmacie dès juin 2013.

CaviWipes

Kerr

Elles ne sont toxiques QUE pour les agents infectieux.

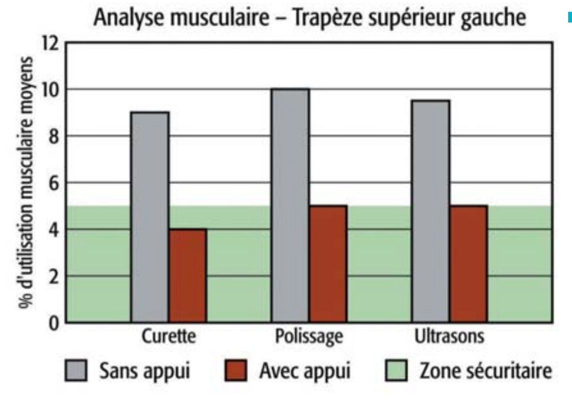
Les lingettes CaviWipes sont destinées au nettoyage et à la désinfection des dispositifs médicaux et des surfaces dures non poreuses. Leur faible teneur en alcool et leur large spectre permettent une désinfection fongicide, bactéricide, virucide et tuberculocide en seulement 3 minutes. Grâce à leur formule, le produit est compatible avec de nombreux types de surfaces et réduit l'utilisation des aérosols alcoolisés. Les lingettes CaviWipes sont sans aldéhyde, sans phénol, sans hypochlorite ou autre produit chimique toxique. Chaque lingette CaviWipes se compose de 7 couches de tissu imprégnées de la solution désinfectante CaviCide qui présente un pouvoir nettoyant efficace. Les CaviWipes sont extra larges et épaisses, pouvant couvrir une grande surface avec une seule lingette. Le système très pratique de sachets plats auto-adhésif est écologique, réduisant ainsi l'utilisation des boîtes en plastique distributrices de lingettes. Ces sachets souples tiennent facilement sur n'importe quelle surface plane verticale ou horizontale, permettant ainsi de gagner de la place dans le cabinet. De plus, ces sachets refermables permettent de retirer une lingette d'une seule main et de refermer le sachet hermétiquement maintenant ainsi le niveau d'humidité élevé des lingettes.

Appuis-coudes mobiles

Posiflex/C'Dentaire

Posiflex, l'appui qui vous suit

Le système d'appuis-coudes mobiles Posiflex aide à prévenir et diminuer les tensions musculaires. Ce concept unique suit les mouvements naturels du corps. Posiflex s'installe sur la plupart des tabourets ! La fatigue musculaire survient suite à des contraintes en milieu de travail. Ces contraintes peuvent être causées soit par la force, une répétition des mêmes mouvements ou en l'absence de mouvements dans le maintien d'une position que l'on appelle statique, causant un stress musculaire au niveau du cou, du bas et haut du dos ainsi qu'aux épaules. Une étude scientifique a démontré que l'utilisation de Posiflex contribue à obtenir une position de travail beaucoup plus confortable et sécuritaire et les contractions musculaires dans les épaules, le cou et le haut du dos sont diminuées de façon significative. Des milliers d'utilisateurs bénéficient de la solution posiflex. Les appuis-coudes mobiles Posiflex sont devenus un élément essentiel pour la prévention des TMS chez les professionnels dentaires. « J'utilise les appuis-coudes mobiles quotidiennement. Je ne peux plus m'en passer, il me semble avoir moins de tensions dans les épaules à la fin de la journée » affirme le Dr Marc Apap.





www.cdentaire.com

Et si, on se formait en Paro ?

Aujourd'hui, OUI ! Il est possible de prévenir ou d'arrêter la progression d'une maladie parodontale.

La première motivation de nos patients est de conserver leurs dents.

Comment expliquer à un patient qui développe une maladie parodontale, et chez qui l'hygiène dentaire est irréprochable que la cause de la maladie est le résultat d'un manque de brossage ?

Impossible !

De plus, l'équation « bonne hygiène = bonne santé » n'est plus suffisante et n'est plus validée par la recherche.

Les causes de ces maladies sont diverses et notamment d'ordre médical. Il existe plusieurs caractéristiques du risque, et plusieurs conditions pour déclencher les maladies et les pertes d'attaches.



Avant tout traitement esthétique, orthodontique ou implantaire, la prévention en Paro est nécessaire pour pouvoir s'engager à long terme sur les résultats vis-à-vis de nos patients.

Par exemple, remplacer les dents mobiles par des implants : les recherches démontrent que les maladies parodontales influencent clairement le pronostic à long terme des implants.

Les récents progrès en recherche parodontale augmentent notre compréhension de l'étiopathogénie et la gestion des maladies parodontales destructives. Toutes ces recherches nous permettent d'avoir une approche la moins invasive possible en utilisant une combinaison de débridement radiculaire, d'antiseptiques avec ou sans antibiotiques systémiques

L'Académie de Paro a fusionné avec la société Paro Concept, pour rassembler tous les éléments validés par la littérature, nous permettant à ce jour : de comprendre, de maitriser et d'arrêter la progression de ces maladies, quel que soit le contexte médical de nos patients.

L'Académie de Paro, à Aix-en-Provence, propose sur ce sujet, une formation complète de 5 jours, assurant aux praticiens de regagner leur cabinet avec toute la mise à jour et la connaissance nécessaire, d'avoir un protocole précis et complet, afin de pouvoir répondre avec sérénité aux différents cas de figure auxquels nous sommes confrontés tous les jours.

Les sujets abordés lors de cette formation réunissent : l'immunologie, le diagnostic, la prévention, le traitement, un protocole précis pour la maintenance des résultats, la communication avec nos patients. Ils sont accompagnés de travaux pratiques.

L'académie de Paro vous donne aujourd'hui la formation complémentaire indispensable à vos connaissances en parodontie.

Parodontalement votre,

Dr Joël Beaulieu
Omnipraticien Conférencier
Québec, Canada
Dr Marie Eve Bezzina
Parodontiste, Nice, France

Pour tout renseignement contacter :
Mr Nicolas Coddeville au : 0320.340.447.

Pour devenir un de nos testeurs contactez par mail Dr Laurence BURY laurence.bury@dental-tribune.com

2eme Prix décerné lors des Journées Dentaires de Nice





RECRUDESCENCE DE LA SYPHILIS

Diagnostic à partir de lésions buccales





N. TOURET1, C. VOHA1, H. RAYBAUD1, N. CARDOT-LECCIA2

[1] Pôle Odontologie du CHU de Nice et Faculté d'Odontologie Nice, [2] Laboratoire d'Anatomo-pathologie du CHU Nice.



Après avoir été un problème majeur de santé publique avant la deuxième guerre mondiale et l'avènement de la pénicilline, l'incidence de la syphilis en France a baissé jusqu'à disparaitre dans les années 1990. Or, de nos jours, on assiste à une recrudescence de la syphilis dans la région parisienne et sur la côte d'azur.

ETIOLOGIE :

L'agent pathogène est le ***Treponema Pallidum***, découvert en 1905 par Schaudinn et Haufmann. C'est une bactérie faisant partie de la famille des **Spirochaetales**.

EPIDEMIOLOGIE

Chiffres InVs 2009 : caractéristiques des personnes ayant eu une syphilis primaire :

Orientation sexuelle	% en 2009	Nombre médian de partenaire (12 derniers mois)
Homosexuels masculins	**70**	**7**
Hommes bisexuels	12	6
Hommes hétérosexuels	13	2
Femmes hétérosexuelles	4	1
Femmes bisexuelles	1	7

TRANSMISSION

Infection sexuellement transmissible (IST), la contamination s'effectue presque toujours directement, lors de **rapports sexuels** (97% des cas). Rapports non protégés (buccaux, anaux, vaginaux), mais également par la **salive** (bucco-buccaux) et par le **sang** (drogues injectables). Une transmission **materno-fœtale** est également décrite.

TEMPS D'INCUBATION : **3 à 4 semaines** après contact*

** Attention : faux négatifs aux tests VDRL/TPHA les 15 premiers jours*

(1)

(2)

PRÉSENTATION DU PATIENT :

Un homme de 28 ans consulte pour des douleurs et des saignements, au niveau de la face interne des joues, apparus **il y a 2 semaines**. Le patient n'a pas d'antécédents médicaux et indique entretenir des **relations homosexuelles à partenaires multiples.**

EXAMEN CLINIQUE :

L'examen endobuccal révèle de multiples lésions polymorphes sur les muqueuses : **ulcérations pseudoaphtoïdes** plaques opalines entourées d'un halo érythémateux sur la face interne des joues **(5)**, des érosions en **trace d'escargot (1)**, aspect de **langue fauchée** avec plaques dépapillées **(4)**, et des plaques érosives des deux **loges amygdaliennes (2)**. On note une adénopathie satellite.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Face à l'aspect typique de certaines lésions en faveur d'une atteinte syphilitique, une **biopsie (6)** est réalisée avec recherche d'anticorps anti-Treponema Pallidium. Elle révèle un envahissement du tréponème sur toute la hauteur de la muqueuse prélevée. Les sérologies VIH1/VIH2, VHB et VHC sont négatives. **La sérologie syphilitique (VDRL quantitatif 64, VDRL charbon, TPHA, FTA 25600) est positive**.

DIAGNOSTIC : Syphilis secondaire.

TRAITEMENT : Le patient reçoit deux injections intra-musculaires de **benzathine pénicilline G de 2,4 MUI** à une semaine d'intervalle.

PRONOSTIC :

L'évolution est marquée par la **guérison clinique rapide**. Un contrôle biologique est nécessaire à 3 mois. **(7)**



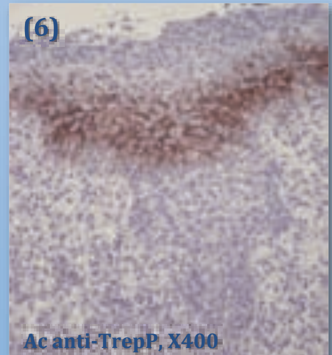
(3)



(4)

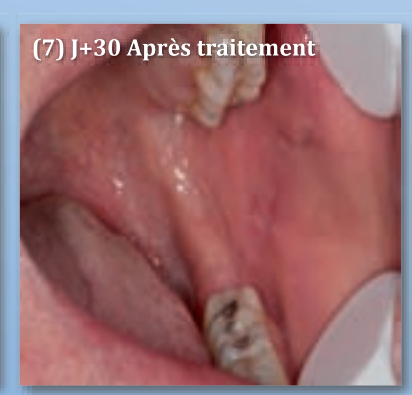


(5)



(6)

Ac anti-TrepP, X400



(7) J+30 Après traitement

En raison d'une recrudescence de cas et d'un taux de transmission élevé, la syphilis reste un facteur important dans le diagnostic différentiel des patients présentant une ulcération buccale. Un diagnostic précoce empêche la transmission de futurs contacts et permet le dépistage des contacts antérieurs.

CONDUITE À TENIR

SIGNES CLINIQUES

Au stade primaire : 3 semaines après infection : chancre sur le site d'inoculation : ulcère indolore, surface lisse, bords surélevés, induré à sa base.

Au stade secondaire : commence à 6-8 semaines après : plaques muqueuses , ulcérations pseudo-aphtoides, langue fauchée, syphilides maculaires et condyloma lata. Signes généraux (malaises, angine, perte de poids, céphalées). Manifestations cutanées (syphilides maculaires et papuleuses, atteinte des ongles et chute des cheveux).

Au stade tertiaire : au bout de 4–7 ans, gomme syphilitique, glossite atrophique ou lutéique et interstitielle)

DIAGNOSTIC ET INTERPRETATION

Sérologie : association **TPHA*-VDRL**** :

* Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay : spécifique du tréponème
** Venereal Disease Research Laboratory : non spécifique, il juge de l'évolution de l'infecion

TYPE	INTERPRETATION
TPHA – VDRL –	Absence de tréponématose, tréponématose guérie ou **tréponématose très récente** (5 à 15 premiers jours : incubation)
TPHA + VDRL +	**Syphilis traitée ou non, guérie ou non**
TPHA – VDRL +	Faux positif
TPHA + VDRL –	Tréponématose guérie ou très précoce ou syphilis tertiaire très ancienne (rare)

Examen au microscope sur fond noir : **(6)** un frottis obtenu par raclage du fond du chancre d'inoculation est réalisé sur une lésions érosives et les tréponèmes sont directement observés au microscope. C'est la seule possibilité de confirmation du diagnostic la première semaine suivant la constitution du chancre, lorsque la sérologie est négative.

Attention sa sensibilité est de 50% du fait de la possibilité de faux positifs (spirochètes saprophytes).

TRAITEMENT

Injection intramusculaire unique de 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline G (*Extencilliner*®).

Cette injection n'est pas contre indiquée chez le patient séropositif pour le VIH. Une réaction appelée réaction d'Herxheimer est possible après l'injection, elle associe fièvre, céphalées, myalgies, elle reste sans gravité. Un antipyrétique peut être prescrit.

En cas d'allergie à la pénicilline, on peut remplacer l'injection par une cure de 14 jours de doxycycline (100 mg per os matin et soir).

DEPISTAGE

On recommande la pratique d'une **sérologie de syphilis** dans le cadre du dépistage chez les sujets à risque homo-, bi ou hétérosexuels à partenaires multiples et au moins une fois par an chez les patients VIH (recommandations du rapport Yeni 2010).

BIBLIOGRAPHIE

- Ann Dermatol Venereol 2012;139:A62-A68
- Ann Dermatol Venereol 2006;133:653-6
- EMC Stomatologie
- 22-046-A-10,2003
- EMC Médecine buccale 28-360-M-10,2008
- Réalités cliniques 1997 Vol.8 n°2 pp.193-200
- cnr-syphilis.fr
- sante.gouv.fr

Ergonomie du poste de travail du chirurgien-dentiste Leçon n°1

Dr David Blanc

Une définition simple de l'ergonomie est qu'elle consiste à **adapter le travail, les outils et l'environnement à l'homme (et non l'inverse).** Ce qui est ergonomique est donc ce qui est adapté.

Cette inadaptation se traduit soit par une diminution du confort de travail, et de la santé via des troubles musculosquelettiques (TMS), de la sécurité, soit par un problème de production en qualité ou en quantité.

En ergonomie sont dissociées : la CONTRAINTE, qui est ce qui s'applique au chirurgien-dentiste, et l'ASTREINTE, qui est la réaction physiologique à la contrainte.

Ces contraintes sont entre autre, la distance œil tâche, l'orientation de la cavité buccale du patient, la position du patient, la hauteur de l'assise du praticien et de la cavité buccale du patient, l'espace de préhension. Ces éléments seront détaillés dans les différents numéros de Dental Tribune.

La distance œil tâche :

Il s'agit de la distance entre l'œil du praticien et la cavité buccale du patient lors de l'activité professionnelle. C'est cette distance qui **va conditionner la position du praticien.** Suivant la définition de l'ergonomie, il s'agira évidemment d'adapter la position du patient au praticien et non l'inverse, afin de répondre à cette contrainte de distance.

Cette distance doit répondre à des impératifs de précision, d'acuité visuelle, d'accommodation, de fatigue de convergence des yeux.

La distance la plus faible à laquelle on peut voir un point net s'appelle la **distance minimale de vision distincte ou punctum proximum (Pp)** *(Fig. 1).* Elle augmente avec l'âge, mais est voisine de **25 cm** à 40 ans pour un œil emmétrope ou corrigé [1], permettant une vision sans fatigue excessive. [2]

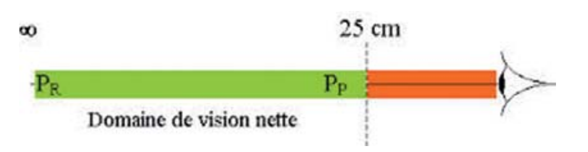


Fig. 1 : Pp = punctum proximum, Pr = Punctum remotum,

L'acuité visuelle est la grandeur qui permet de mesurer la capacité de l'œil humain de discriminer 2 points distincts, ceci en fonction de la distance qui sépare les deux points et la distance entre le globe oculaire et ces 2 points, c'est-à-dire l'éloignement de l'observateur. Ce phénomène porte le nom de **discrimination visuelle.** Elle diminue avec l'augmentation de la distance œil-tâche, et dépend de l'éclairement qui est inversement proportionnel au carré de la distance. [3]

Une autre notion est le **pouvoir séparateur angulaire de l'œil,** il est de l'ordre de la minute d'angle, soit 3.10-4 rad. A 25 cm, le pouvoir séparateur linéique est alors de 0,1 mm. [4]

Il est donc important d'adapter la hauteur du patient, afin de conserver une distance de travail de 25cm. L'objectif est d'éviter de se pencher inévitablement en avant pour voir les détails *(Fig. 2).*



Fig. 2 : Le besoin d'obtenir cette distance de travail de 25 cm, oblige le praticien à se pencher en avant. Il faut amener la tache à soit et non l'inverse. – Fig. 2 bis : Ici, le patient est suffisamment haut pour que le praticien ne se penche plus en avant. Ses poignets sont en appui sur la têtière, et ses épaules restent basses

Une fois la hauteur du siège opérateur réglée, la cavité buccale du patient doit être montée jusqu'à ce que la distance œil tache soit de 25 cm. *(Fig. 2 bis)*

Une alternative à cela est l'utilisation d'aides optiques de type loupes, associées à un éclairage, ce qui permet de travailler avec une distance de travail plus élevée sans perdre en précision.

L'inconvénient est qu'une distance de travail élevée a un impact sur la flexion cervicale du praticien.

Afin de voir la bouche du patient, le praticien doit **orienter son regard vers le bas.** Plusieurs stratégies s'offrent à lui : soit fléchir les cervicales, soit fléchir le rachis dorso-lombaire, soit fléchir les articulations coxo fémorales, soit orienter les yeux vers le bas. Il se produit en général une combinaison de toutes ces stratégies, mais **la flexion des cervicales et la rotation des globes oculaires sont plus sollicitées** que l'inclinaison du tronc. [5]. Les changements de positions du corps servent à compléter la position des yeux pour améliorer la vision de la tâche. Le praticien peut décider de compenser avec l'orientation des globes oculaires, mais cela demande un effort musculaire inconfortable pour les orienter vers le bas.

En effet, en 1983 la Eastman Kodak Company, Human Factor Section [6] estime que l'angle préféré de rotation des yeux vers le bas pour le travail assis était de 40°. Une fatigue musculaire posturale et une diminution du temps de vision continue apparaît lorsque cet angle atteint 45° ou plus.

Des études de Kroemer et Hill [7] [8] montrent elles que l'angle préféré de vision vers le bas est de 29° par rapport à l'horizontale lorsque le dos et la tête sont droits.

Ce sont donc les cervicales, via une flexion accrue, qui vont compenser le besoin d'orienter le regard vers le bas.

Plus le patient est bas, plus le praticien va devoir solliciter ses yeux et ses cervicales, et donc atteindre des valeurs importantes.

Plus le patient est haut, en respectant la distance minimale de vision distincte, plus le praticien va relever la tête, et donc moins il aura besoin de faire de la flexion du rachis et de baisser les yeux. *(Fig. 3)*

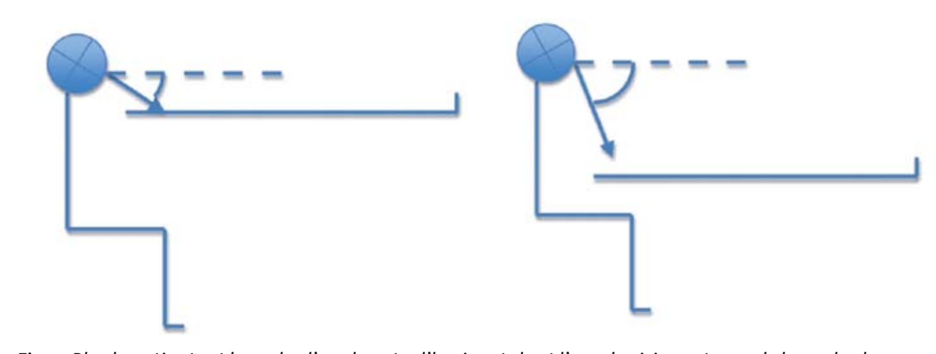


Fig. 3 : Plus le patient est bas, plus l'angle entre l'horizontale et l'axe de vision est grand, donc plus la compensation rachidienne et oculaire est importante.

Le microscope a l'avantage de s'affranchir de la distance de travail, et surtout son angulation permet de réduire la flexion du rachis, et permet de conserver une position des yeux confortable. *(fig. 4)*

Cette distance de travail de 25cm a des conséquences sur la position du praticien et du patient, pour laquelle il existe des adaptations. Cela sera détaillé dans les prochains articles.



Fig. 4 : Fauteuil Soaric de chez Morita et microscope Zeiss.

[1] Harris B, Lefebvre N, Amrouni D. Physique III : Ondes, Optique et Physique Moderne.
[2] Khurana A. K. Ophtalmology. New Age International ; 2005.
Éditions du Renouveau pédagogique ; 1993.
[3] Balland B. Optique géométrique : imagerie et instruments. Collection des sciences appliquées de l'insa de lyon. PPUR presses polytechniques ; 2007.
[4] Legagneux-Piquemal P. Optique ondulatoire - PC-PC* MP-MP* PSI-PSI* PT-PT* : ouvrage numérique PDF. Nathan ; 2007.
[5] Maria Beatriz G. Villanueva , Midori Sotoyama, Hiroshi Jonai, Yasuhiro Takeuchi & Susmu Saito. Adjustments of posture and viewing parameters of the eye to changes in the screen height of the visual display terminal. Ergonomics 1996 ; 39 :7 : 933-945
[6] Eastman Kodak Company, Human Factors Section. Ergonomic Design for People at Work : Workplace, equipment and environmental design and information transfer. vol. 1, Belmont, CA : Lifetime Learning publication ; 1983.
[7] Kroemer KH, Hill SG. Preferred line of sight angle. Ergonomics 1986 Sep ; 29(9) : 1129-34.
[8] Hill SG, Kroemer KH. Preferred declination of the line of sight. Human Factors 1986 Apr ; 28(2) : 127-34.



Dr David BLANC
· Masseur Kinésithérapeute D.E.
· Ostéopathe D.O.
· D.U. d'Ergonomie des gestes et des postures.
· Docteur en Chirurgie Dentaire
· Contact : ergonomie-dentaire.com